ESSAI

N° 195.

MÉDICO-LÉGAL

SUR L'INFANTICIDE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 28 août 1821, pour obtenir le grade de Docteur en médecine,

PAR ÉMILE-FRANÇOIS BONNET, de Coutances,
Département de la Manche.

Tantum scelus horrore afficit.
CICÉRON.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13
1821.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LEROUX, Doyen.
M. BOYER, *Examinateur.*
M. CHAUSSIER, *Examinateur.*
M. CORVISART.
M. DEYEUX, *Examinateur.*
M. DUBOIS, *Examinateur.*
M. HALLÉ.
M. LALLEMENT, *Examinateur.*
M PELLETAN.
M. PINEL.
M. THILLAYE.
M. DES GENETTES.
M. DUMÉRIL.
M. DE JUSSIEU.
M. RICHERAND.
M. VAUQUELIN.
M. DESORMEAUX.
M. DUPUYTREN.
M. MOREAU.
M. ROYER-COLLARD.
M. BÉCLARD.
M. MARJOLIN.
M. ORFILA, *Président.*
M. FOUQUIER.
M. ROUX.
M. ALIBERT.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE,

Regrets éternels.

A MADAME CANGEUL, MON AÏEULE.

Un sourd-muet a dit, dans son langage, que la reconnaissance était la mémoire du cœur. *L'homme qui n'apprécierait pas toute la justesse de cette ingénieuse définition serait véritablement à plaindre : il n'aurait jamais connu le besoin d'exprimer le plus doux des sentimens, celui qui sait nous rendre agréable le souvenir des bienfaits, et nous faire chérir les dettes du cœur. Pour moi, tel est en ce moment l'état de mon âme, qu'il m'est plus aisé de sentir que de bien rendre tout ce que je sens ; tout ce que je sais dire, c'est que je vous dois tout.... Le titre même auquel j'aspirais, et qui bientôt va combler mes vœux, est presque votre ouvrage. Que dis-je? sans vous, sans vos secours généreux, la carrière honorable et flatteuse qui s'ouvre aujourd'hui devant moi m'eût été fermée à jamais. Vous seule avez encouragé et secondé mes efforts dans l'étude pénible et pourtant agréable d'une science qui sut vous plaire et décider mon choix.*

Acceptez donc, ô ma chère et respectable mère, ce trop faible gage d'un dévouement sans bornes ; car je veux que l'on sache, je veux que l'on dise que le premier essai de ma plume fut un tribut de reconnaissance et d'amour, et que celle qui l'agréa fut ma bienfaitrice. Oui, je le sens à présent, si c'est un devoir cher et sacré que de se rappeler les dons qu'on a reçus, c'est aussi une jouissance bien grande que de pouvoir en perpétuer le souvenir. Les vôtres sont pour toujours gravés dans mon cœur. Si la bonté, la bienveillance, le désintéressement me les dispensèrent, le respect, l'amour, la gratitude les reçurent et les publient.

A MA MÈRE,

MA MEILLEURE AMIE.

Temoignage du plus profond respect, et du plus sincère attachement.

E. F. BONNET.

ESSAI

MÉDICO-LÉGAL

SUR L'INFANTICIDE.

PARMI les questions difficiles et délicates en médecine légale on peut ranger l'infanticide. Les obscurités qui l'entourent, les circonstances variées qui le modifient, l'artifice et la scélératesse offrent une multitude d'objets de méditation pour le médecin légiste.

Il faut, pour reconnaître ce crime, que le médecin connaisse parfaitement l'art qu'il professe; qu'il réunisse à un jugement sain une prudence à toute épreuve; qu'il ait de la réserve et de la discrétion; que, dans son rapport et devant la justice, il s'attache à présenter la vérité dans son plus grand jour: sa tâche est alors remplie. Si l'innocence est proclamée, il éprouve un plaisir bien doux; si le crime est prouvé, il a fait son devoir.

Appelé par les tribunaux pour constater l'existence d'un tel crime, le médecin doué d'instruction et de probité devra autant s'attacher à en faire connaître les particularités, s'il existe, qu'à proclamer tout ce qui peut militer en faveur de l'accusé. Agissant avec tout le discernement dont nous le supposons capable, sa conscience sera tranquille, et la société n'aura pas à gémir sur un nouvel attentat juridique. Combien, en effet, ne trouve-t-on pas, dans les annales, de ces juge-

mens qui, non seulement, dénotent l'ignorance et la prévention, mais encore font l'opprobre de ceux qui les ont portés !

L'infanticide (*d'infans, enfant*, et de *cædo, je tue*), dans son acception propre, signifie *le meurtre d'un enfant,* quel que soit son âge, et quel qu'en soit l'auteur; mais en médecine légale on entend plus spécialement par *infanticide* le meurtre volontaire d'un enfant naissant ou nouveau-né, commis par la mère.

En prenant l'infanticide pour sujet inaugural, nous ne nous sommes pas dissimulé que nous arriverions difficilement à une solution satisfaisante dans tous ses points, et qu'il resterait beaucoup à désirer à cet égard. Toutefois les leçons de M. le professeur *Orfila,* auxquelles nous avons assisté, nous éclaireront continuellement dans la rédaction de cet ouvrage.

Nous nous abstiendrons d'énumérer les moyens obscurs, les calculs subtils et les pratiques ténébreuses mis en usage pour déterminer l'avortement. Cela nous a paru hors de notre sujet, et susceptible d'être celui d'une dissertation toute particulière. Le législateur a établi une différence de peine pour l'avortement et l'infanticide. Ces deux cas sont prévus par les art. 300 et 317 du Code pénal. « N'est qualifié d'infanticide que la mort donnée à un enfant qui a joui de la vie extra-utérine. » Or, comme tout est de droit strict en matière criminelle, nous rejetons l'extension donnée par quelques auteurs au mot *infanticide,* pour l'appliquer seulement à l'enfant nouveau-né ou qui jouit depuis quelque temps des bienfaits de la lumière. Comme l'époque de la naissance semble avoir été choisie de préférence par la scélératesse pour consommer ses cruels projets, nous indiquerons la manière de reconnaître un fœtus viable ou à terme. Nous nous occuperons ensuite des recherches médicales qui se rapportent exclusivement à l'instant de la naissance. Nous tâcherons de déterminer les causes qui auront occasionné la mort du nouveau-né, et les signes non équivoques qui font reconnaître une maternité récente. Pour mettre autant d'ordre que possible, nous examinerons successivement les propositions suivantes : 1.° L'enfant trouvé mort était-il viable?

2.° Est-il né mort ou vivant? A-t-il vécu après sa naissance? 3.° Quelle est la cause de sa mort pendant ou après l'accouchement? 4.° Existe-t-il quelque rapport entre l'enfant trouvé mort et la personne accusée?

L'enfant trouvé mort était-il viable? La nature a fixé le terme de gestation, pour l'espèce humaine, à neuf mois. C'est à cette époque que le nouvel être a acquis le degré de perfection nécessaire pour exécuter les diverses fonctions qui constituent la vie. L'enfant peut, cependant naître, plus tôt ou plus tard, par une de ces anomalies de la nature ou un accident, et n'en être pas moins viable. La loi des douze tables, au rapport d'*Aulu-Gelle*, admet la viabilité à sept mois après la conception. La loi romaine, *de suis et legitimis hæredibus*, décide qu'un enfant peut naître viable six mois et deux jours après sa conception, fondant sa décision sur l'autorité d'*Hippocrate*. Une seconde loi, *de statu hominum*, exige, au contraire, un intervalle de sept mois accomplis entre la conception et la naissance, se fondant également sur l'autorité d'*Hippocrate*. L'art. 314 de notre Code civil établit la possibilité de la viabilité au cent-quatre-vingtième jour de la grossesse. On peut remarquer que cette époque se rapporte avec celle tracée par *Hippocrate* dans son traité *de septimestri partu*, puisqu'elle n'offre une différence que de deux jours et demi. *Aristote*, *Pline*, *Haller* et beaucoup d'autres parmi les anciens, M. *Fodéré* et plusieurs autres parmi les modernes ont déterminé le terme de viabilité du fœtus à sept mois : *Ante septimum mensem partûs huud unquàm vitalis est.* Cette décision nous paraît trop exclusive. Si la nature a posé des limites à la viabilité, on doit les chercher dans l'organisation plus ou moins avancée du fœtus.

Les fonctions que le fœtus contenu dans l'utérus exécute sont loin d'être les mêmes que celles qu'il est appelé à remplir au moment de la naissance; aussi c'est du développement de ses organes que dépend l'aptitude à la vie. L'histoire des âges pendant la vie intra-utérine va d'abord nous occuper. Nous examinerons, 1.° Les an-

nexes du fœtus; 2.° La conformation extérieure ; 3.° L'état de ses organes et leur évolution successive.

Les annexes du fœtus sont, la membrane caduque, le chorion, l'amnios, l'eau de l'amnios, le placenta, la vésicule ombilicale, le cordon ombilical, et les vaisseaux omphalo-mésentériques.

La membrane caduque (épichorion de M. *Chaussier*) se forme lorsque l'imprégnation a lieu ; la surface interne de l'utérus est irritée par les liquides ; une perspiration albulmineuse s'écoule ; bientôt les vaisseaux lymphatiques en absorbent une partie ; l'autre, demi-concrète, tapisse tout l'intérieur de la matrice. Cette membrane se forme avant l'arrivée de l'œuf. Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'on la trouve également dans les cas de grossesse extra-utérine. On l'a vue même tapisser toute la cavité de l'utérus chez des filles mal réglées. L'état de cette membrane varie aux diverses époques de la gestation. Dans le premier mois, elle est demi fluide, mollasse, pulpeuse, inorganique, et ressemble assez à un caillot de sang incolore, ou légèrement jaunâtre ; sa surface adhère à l'utérus, et présente beaucoup de villosités. Du deuxième au troisième mois, lorsque l'absoption a eu lieu, elle devient épaisse, dense, s'organise, et se remplit de vaisseaux sanguins qui viennent, d'une part, de l'utérus, et de l'autre, du fœtus. La portion qui tient à l'utérus lui est fort adhérente ; celle qui tient au chorion s'en détache facilement. A la fin du deuxième mois, elle change de manière d'être (le placenta est déjà formé) : elle se dédouble et forme deux feuillets ; l'un adhère à l'utérus, et l'autre recouvre l'œuf. Le premier porte le nom de *caduque utérine ;* le second, de *caduque réfléchie.* Vers le cinquième mois, le feuillet réfléchi disparaît. L'épichorion existe alors telle qu'il était auparavant : il s'abaisse et vient, en s'épaississant, recouvrir l'œuf et le placenta. (M. le professeur *Chaussier* pense que cette membrane est interposée entre l'utérus et le placenta, en donnant passage aux vaisseaux utérins.)

Plusieurs auteurs, au contraire, pensent que la portion d'épichorion qui se trouvait primitivement entre le placenta et la matrice se trouve détruite; de sorte qu'elle embrasse l'œuf et le placenta seulement jus-

qu'à l'endroit où celui-ci adhère à la matrice. Au neuvième mois, elle se présente sous l'aspect d'une membrane mollasse, blanchâtre, d'une demi-ligne d'épaisseur; et, se déchirant facilement lors de l'accouchement, on trouve une partie de ses débris sur le chorion, et l'autre partie sort avec les lochies, vers le troisième ou quatrième jour après l'accouchement, en leur donnant une odeur particulière.

La membrane chorion existe de très-bonne heure; elle est assez épaisse, dense, opaque, et couverte d'une multitude de villosités. On y remarque d'abord des vaisseaux veineux, puis il s'y joint des artères. Depuis le premier mois jusqu'à la sixième semaine, les villosités disparaissent, surtout à la partie inférieure. L'épichorion lui est alors immédiatement unie; elle est diaphane, et se déchire facilement. Vers la fin du deuxième mois, les villosités se rapprochent tellement, quelles forment un réseau vasculaire qui concourt à former le placenta.

L'amnios est une membrane concentrique au chorion, très-mince à la fin du premier mois, et ressemblant à la rétine; à la dernière époque de la gestation, demi-diaphane, et plus épaisse qu'au commencement.

La quantité de l'eau de l'amnios varie suivant les différentes époques de la grossesse. Vers le milieu de la gestation, le poids de l'eau de l'amnios est égal à celui du fœtus; vers la fin, il est :: 2 : 6. La quantité va en augmentant jusqu'à mi-terme. Le contraire a lieu depuis cette époque jusqu'à la fin. La quantité peut différer aussi suivant le tempérament de la femme. L'eau de l'amnios sera en plus grande quantité chez la femme d'un tempérament lymphatique que chez celle d'un tempérament sec et nerveux. La quantité différera encore suivant que le fœtus sera bien ou mal conformé. S'il est frêle, délicat, malade ou mort, il nagera dans une plus grande quantité d'eau; s'il est très-gros, et qu'il pèse huit ou neuf livres à l'époque de l'accouchement, on trouvera à peine deux cuillerées d'eau : s'il ne pèse que quatre ou cinq livres, on en trouvera jusqu'à deux ou trois livres. Dans

le premier temps, l'eau de l'amnios est presque incolore, tandis qu'à la fin, elle tient en suspension une matière caséiforme.

Le placenta existe, dès les premiers instans de la gestation, sous la forme de filamens et de villosités; mais alors ils sont trop divisés pour qu'il soit possible de reconnaître sa forme. Du deuxième au troisième mois, les flocons se rapprochent, et, vers la fin du troisième mois, on le distingue parfaitement. On le considère comme un gâteau arrondi de l'épaisseur de quinze lignes, ou environ, à sa partie moyenne, qui est la plus épaisse. Très-vasculeux et très-spongieux, il est formé par les vaisseaux sanguins du cordon, par l'épichorion de toutes parts, par le chorion, dont les filamens se sont introduits dans son parenchyme; enfin par des vaisseaux oblitérés. Il est aussi recouvert par une membrane qui lui est propre, et qui pénètre dans les espaces interlobulaires. Une de ses faces adhère à la face interne de l'utérus, et l'autre donne insertion au cordon. Un placenta ordinaire a vingt-quatre pouces de circonférence, huit pouces de diamètre, et pèse environ une livre.

La vésicule ombilicale est située à la partie inférieure de la face inférieure de l'œuf, entre les deux membranes chorion et amnios, près de l'endroit où elles se réfléchissent sur le cordon; quelquefois plus loin, sur le placenta; très-rarement hors de ce corps. Elle existe de très-bonne heure. *Sœmmering* l'a trouvée à trois, quatre et cinq semaines; M. *Béclard*, à un mois; M. *Orfila*, à trente-cinq jours. A la fin du troisième mois, elle est ovoïde; ses parois sont minces et plus ou moins transparentes. On trouve dans son intérieur un fluide d'une consistance et d'une couleur variables, que quelques auteurs ont cru être destiné à la nourriture du fœtus. Cette vésicule acquiert la grosseur d'un pois vers la fin du troisième mois; elle diminue et disparaît enfin.

Le cordon ombilical est composé des deux artères ombilicales, de la veine ombilicale, de l'ouraque, et d'un tissu lamineux contenant plus ou moins de sérosité, et une matière comme gélatineuse. Indépendamment de ces parties, il y a les vaisseaux omphalo-mésenté-

riques. Dans les premiers temps, le cordon n'est pas tordu ; ce n'est que vers le deuxième mois que l'on aperçoit la torsion. Vers six semaines de la gestation, le cordon est gros, court, épais, et s'insère d'autant plus près du pubis qu'il y a moins long-temps que le fœtus est conçu : à soixante jours, il commence à s'allonger ; à trois mois, il est grêle, fragile ; mais, de trois mois à la naissance, il prend de plus en plus de la dureté, de l'épaisseur, de la densité ; enfin, à l'époque de l'accouchement, il est gros comme le petit doigt. Sa longueur ordinaire est de dix-huit pouces. M. *Gardien* rapporte dans son ouvrage en avoir vu un de cinq pieds. Les vaisseaux omphalo-mésentériques sont composés d'une artère et d'une veine; l'artère vient de la mésentérique supérieure, et se ramifie dans la vésicule ombilicale. La veine rapporte le sang à la veine mésentérique supérieure. A l'époque de la naissance on trouve très-rarement ces vaisseaux. M. *Chaussier* est cependant parvenu à les injecter sur un enfant d'un an, et M. *Béclard* chez deux enfans, l'un de sept et l'autre de douze ans.

La conformation extérieure du fœtus est indéterminée dans les premiers temps. A dix-huit jours on remarque deux vésicules ovoïdes, oblongues, inégales. A côté d'elles s'en forme une autre plus grosse, c'est la vésicule ombilicale. A trente jours, la forme du fœtus est vermiculaire, allongée; on voit une légère dépression, ce qui la fait comparer à une abeille. A six semaines, on aperçoit deux bourgeons qui doivent former les membres supérieurs, et, entre la sixième et la septième semaine, deux autres bourgeons qui doivent former les membres inférieurs. A la fin du deuxième mois, la tête est très-visible ; c'est à cette époque de la gestation qu'elle est la plus grosse, proportionnellement au reste du corps. La grandeur du fœtus peut varier aux différentes époques de la gestation, suivant le tempérament de la mère, suivant que les passions l'auront plus ou moins tourmentée pendant sa grossesse, suivant la force et l'énergie du père : elle peut même varier chez différentes femmes. M. *Chaussier* a imaginé, pour mesurer le fœtus aux diverses époques de la gestation, un strument auquel il a donné le nom de *mécomètre*. Voici les résul-

tats qu'il a obtenus : il n'a pas pris la longueur du fœtus à dix jours ; à vingt jours, quatre à cinq lignes; à trente jours, de douze à treize lignes; à quarante jours, deux pouces; à deux mois, quatre pouces; à trois mois, six pouces; à quatre mois, huit pouces; à cinq mois, dix pouces; à six mois, douze pouces; à sept mois, quatorze pouces; à huit mois, seize pouces; à neuf mois, dix-huit pouces. En général, le fœtus à terme a de seize à dix-huit pouces de longueur. Quelquefois il n'a que treize, quatorze ou quinze pouces : on en a vu de vingt-quatre et de vingt-sept pouces; mais ces cas sont très-rares. Les mêmes causes qui font varier sa longueur font aussi varier son poids; voici les résultats ordinaires que M. *Chaussier* a obtenus. A dix jours, le fœtus pèse un grain; à vingt jours, trois grains; à trente jours, dix-neuf grains; à quarante-cinq jours, un gros et un quart; à deux mois, cinq gros; à trois mois, deux onces et demie; à quatre mois, sept onces; à cinq mois, une livre; à six mois, deux livres; à sept mois, trois livres; à huit mois, quatre livres; à neuf mois, cinq livres. On en a vu de dix à douze livres. *Baudelocque* en a vu un qui pesait treize livres. Il y en a quelquefois qui ne pèsent que deux livres et demie, et qui vivent très-bien. Ceux qui ne pèsent qu'une livre ou une livre et demie ne peuvent exister. On trouve dans *Riolan*, célèbre anatomiste du dix-septième siècle, beaucoup d'observations sur les divers degrés de développement du fœtus.

Proportion des parties. Après le premier mois de la conception, la grosseur du cœur est énorme; les oreillettes sont plus grandes que les ventricules; le ventricule droit est plus petit que le ventricule gauche : on dirait quelquefois que le cœur ne contient qu'une cavité.

A deux mois, le trou de *Botal* est circulaire, assez large, puis il devient elliptique; les valvules sont alors très-apparentes, et à mesure qu'elles augmentent, le trou disparaît. A la naissance, le trou de *Botal* existe encore; il a peut-être le diamètre d'une à deux lignes; il ne se ferme quelquefois que plusieurs jours après la naissance.

De deux mois et demi à trois mois, on aperçoit dans les alvéoles le noyau gélatineux qui doit former la dent. La tête est très-grosse, le crâne très-developpé, la face très-petite, ridée et décrépite. La tête, proportionnellement au reste du corps, est d'autant plus grosse, que le fœtus est moins éloigné de l'époque de la conception. Le tronc est très-developpé; les membres ne sont apparens, comme nous l'avons dit, que sous la forme de bourgeons. Le thorax est étroit, court et aplati. L'abdomen est large et bombé, surtout vers l'ombilic. Le bassin est très-peu développé.

A trois mois, les doigts des mains et des pieds sont séparés; la peau n'est qu'un enduit transparent, de manière à laisser voir tout ce qu'elle recouvre. La moelle épinière existe déjà, les narines sont bouchées, et la bouche est ouverte; la tête pèse plus que tout le reste du corps; les deux hypochondres sont remplis par le foie. L'épiploon existe déjà; l'estomac est rempli de glaires; les poumons sont blancs et fermes; le ventricule et l'oreillette gauches du cœur sont plus grands que les droits; la langue est formée; le cerveau n'est qu'une masse liquide et molle, on n'y découvre rien; elle ressemble à une matière caséiforme, qui est d'autant plus dure qu'elle est plus inférieure et plus près de la moelle allongée.

A quatre mois, la peau devient rose, la valvule d'*Eustachi*, qui était d'abord large, diminue et devient très-petite, comparativement à ce qu'elle était auparavant. Les reins sont composés de quinze à dix-huit lobes ou mamelons, placés sur une tissu lamineux, et, à mesure que le fœtus augmente en âge, le tissu disparaît, et les lobes se réunissent; on en voit encore quelques traces à la naissance. La capsule surrénale est d'autant plus grande, que l'enfant est plus jeune. La vessie n'est pas contenue dans l'excavation du bassin, elle est pyriforme, et n'offre point de bas-fond. La partie la plus basse présente l'ouverture du canal de l'urètre. Plus haut, l'on voit un canal, que l'on nomme *ouraque*, qui va se joindre au cordon ombilical. Les testicules sont très-gros; ils sont placés au-dessous des reins, jusqu'au

sixième mois; on commence à apercevoir le noyau gélatineux de la deuxième dentition.

A cinq mois, les cheveux commencent à paraître sous la forme de duvet. Le cerveau a un peu plus de consistance. Le sillon interlobulaire a paru; les membres thoraciques sont un peu plus longs que les abdominaux, mais ils ne tardent pas à être d'égale longueur.

A six mois la peau se colore en pourpre, principalement à la face palmaire des mains et des pieds, à la face et aux mamelles. Les ongles ont commencé à paraître à la fin du cinquième mois; la substance cérébrale est un peu plus épaisse; les narines sont ouvertes, les yeux fermés; les intestins grêles contiennent du méconium; les testicules sont encore dans le ventre.

A sept mois, la peau devient moins foncée; on aperçoit de petits poils, le tissu lamineux se présente sous forme rougeâtre, sans graisse; les follicules sébacées commencent à être apparentes; l'agglutination des paupières cesse, la cornée est opaque, la méningine commence à tenir un peu plus au cerveau, on distingue très-bien les anfractuosités; quand on coupe le cerveau par tranches, on le trouve moins mou, sa substance est d'un jaune pâle, tirant sur le rose. On ne trouve pas encore la substance grise, les valvules conniventes commencent à être visibles.

A huit mois la peau est encore un peu colorée; on trouve de la graisse sous forme de flocons rougeâtres; la masse cérébrale prend plus de solidité. Le cervelet suit, dans son développement, la même marche que le cerveau.

A neuf mois, la peau est blanche, les cheveux sont blonds ou noirs, et peuvent avoir un pouce de longueur; le cerveau commence à être plus consistant; les sillons sont très-bien marqués; la substance grise se distingue facilement. La couronne des dents est ossifiée: il arrive quelquefois que les deux incisives inférieures sont déjà sorties des alvéoles; l'insertion du cordon ombilical a lieu à la moitié du corps; la face est recouverte d'un duvet; le pied a le sixième de la longueur totale du corps; la graisse est très-bien formée; les ventricules du

cœur ont à peu près la même épaisseur et capacité, et sont plus grands que les oreillettes; le méconium, d'une couleur jaunâtre, est alors dans les gros intestins; la vessie est allongée et hors du bassin. Les ongles sont très-développés; le thymus a une couleur fauve pâle et disparaît insensiblement.

On considère plusieurs diamètres à la tête du fœtus à terme.

1.° Un occipito-frontal de quatre pouces trois lignes,

2.° Un occipito-mentonnier de cinq pouces.

3.° Un fronto-mentonnier de trois pouces six lignes.

4.° Un sphéno-bregmatique de sept pouces quatre lignes.

5.° Le pariétal, trois pouces quatre lignes.

6.° Le temporal, de quatre pouces et demi. Une grande circonférence, qui passe par la suture sagittale, quatorze pouces six lignes. Une petite circonférence qui passe par les bosses pariétales dix pouces six lignes.

On peut consulter aussi des tables d'ostéogénie, faites par M. *Béclard*, et un tableau de M. *Tiedemann*, sur la longueur des diverses parties de l'encéphale aux différentes époques de la vie intra-utérine.

De ce que nous venons de dire on peut déduire les caractères de maturité du fœtus et de perfection de ses organes :

1.° S'il crie aussitôt que sa tête aura franchi les détroits du bassin, ou qu'il crie peu de temps après.

2.° S'il remue ses membres avec assez de facilité.

3.° S'il tète ou s'il suce le doigt introduit dans la bouche.

4.° Si la couleur de la peau n'est pas d'un rouge trop foncé.

5.° Si la bouche, les yeux, le nez, les oreilles sont parfaitement ouverts.

6.° S'il a de la graisse, des cheveux et des ongles bien développés.

7.° S'il rend, peu de temps après la naissance, l'urine et le méconium (toutefois, si les ouvertures qui leur donnent passage ne sont pas fermées contre nature). Par opposition :

1.° S'il ne pèse qu'une livre à une livre et demie, et qu'il n'ait que dix à douze pouces de longueur.

2.° S'il ne crie pas, ou qu'il pousse des plaintes continuelles.

3.° Qu'il se refuse à téter ou à sucer le doigt.

4.° Si ses mouvemens sont très-faibles.

5.° Si, à travers sa peau, qui est rouge et comme transparente, on voit des vaisseaux bleuâtres.

6.° Si les os du crâne ne résistent pas à la plus légère pression; que la fontanelle supérieure et inférieure soit très-évasée, les articulations relâchées, les paupières agglutinées; la bouche, les narines et les oreilles fermées.

7.° Si les ongles ne sont pas formés, et qu'au lieu de cheveux il n'y ait qu'un duvet.

8.° S'il respire à peine, qu'il dorme presque continuellement, et qu'il ne rende pas son urine et ses excrémens.

9.° Enfin, si l'accouchement, ayant été laborieux, on ait été obligé de le provoquer, ou qu'il ait été la suite de quelque accident.

Ces règles etant données, le médecin déterminera, en rapprochant le poids, la grandeur du corps, les différens diamètres et les autres signes tirés de la conformation extérieure et intérieure, s'il y a viabilité ou non. Enfin, quand tout le portera à croire que le fœtus était viable, il devra s'assurer s'il est né mort, ou s'il a vécu après sa naissance.

L'enfant est-il né mort ou vivant? a-t-il vécu après sa naissance? Ce n'est que du concours des signes tirés du fœtus, de ses annexes et de la mère, que le médecin peut parvenir à résoudre cette question. On devra faire attention au temps qui sera écoulé depuis l'accouchement supposé, jusqu'à celui où on sera appelé pour constater l'existence du délit. On peut croire qu'il serait impossible de décider, sur un fœtus putréfié, si la mort a précédé sa naissance, souvent même s'il a vécu. Plus l'intervalle est grand, plus le jugement qu'il doit porter est difficile. On devra tenir compte du lieu où a été trouvé le cadavre,

de la température de l'air, de son humidité ou de sa sécheresse, et de l'influence de la saison. Nous allons tâcher de déterminer 1.° si le fœtus est mort avant de naître; 2.° s'il est mort pendant l'accouchement; 3.° s'il a vécu après sa naissance; 4.° combien de temps il a vécu, et depuis quel temps il est mort.

1.° *L'enfant est-il mort avant de naître?* On peut avoir quelques probabilités pour croire que l'enfant n'est pas né vivant, si l'on a déjà décidé qu'il n'était pas venu à terme, et qu'il n'était pas viable.

On rapporte parmi les causes qui font périr le plus communément l'enfant avant de naître, la torsion du cordon ombilical, lorsqu'il est noué sur lui-même, trop court, entortillé autour du cou de l'enfant; lorsque celui-ci est acéphale, hydrocéphale et mal conformé. Alors, voici ce qu'on remarque lorsqu'un enfant est mort depuis quelques jours dans l'utérus. Le petit cadavre a perdu plus ou moins de la consistance, de la fermeté qui lui est propre, les membres sont laxes, les chairs sans consistance; l'épiderme s'enlève par le simple contact, la peau est d'un rouge pourpré et brunâtre; souvent il y a une infiltration séreuse, sanguinolente dans toute l'étendue du tissu sous-cutané, et spécialement sous la peau du crâne, ou *cuir chevelu*; souvent aussi on trouve une quantité plus ou moins grande de cette sérosité rougeâtre dans le péricarde, les cavités splanchniques, les membranes et les viscères du thorax et de l'abdomen ont une teinte rougeâtre foncée; l'intérieur des vaisseaux présente la même couleur; le cordon ombilical est gros, mou, infiltré, livide, et se déchire facilement, le thorax est affaissé, la tête se déforme, s'aplatit par son propre poids; les commissures membraneuses ou sutures du crâne sont rèsrelâchées, quelquefois même les os du crâne sont entièrement désunis, et la masse de l'encéphale est dans un état de colliquation fétide. Enfin tout caractérise un mode particulier de décomposition plus ou moins avancée.

D'autres fois le corps du fœtus se dessèche, son tissu est plus compacte, et il passe à cet état connu sous le nom de *conversion en gras*. Ces cas sont peu communs. Les signes tirés de la mère, et qui peu-

vent servir, avec les précédens, à conclure que l'enfant est mort avant de naître, sont : la cessation des mouvemens actifs et passifs du fœtus; un tiraillement dans les aines, et une pesanteur dans l'hypogastre, principalement du côté droit; un ballottement semblable à celui causé par une masse inerte; la céphalalgie, des vertiges, des bâillemens fréquens, des nausées, des défaillances, le visage pâle, les yeux enfoncés, le regard triste et inquiet, une auréole livide autour des paupières, la flaccidité des mamelles, qui primitivement étaient dures, secrétant un fluide séreux, un écoulement noirâtre par la vulve; les eaux de l'amnios exhalent une odeur désagréable. A ces signes tirés du fœtus et de la mère on peut ajouter ceux qui sont dus à une multitude d'événemens connus ou inconnus, tels que des maladies, des coups, des chutes, des frayeurs excessives, une hémorrhagie utérine.

2.° *L'enfant est-il mort pendant l'accouchement?* L'enfant peut être bien conformé, vivre dans le sein de sa mère, et périr pendant l'accouchement. 1.° La longueur du travail, 2.° l'entortillement du cordon ombilical autour du cou, 3.° sa compression, 4.° la sortie du placenta avant celle du fœtus, sont autant de causes qui peuvent déterminer la mort, de même qu'une fausse manœuvre qui aurait été pratiquée. Il sera alors d'autant plus difficile au médecin de décider sur ces différens cas que le temps où aura eu lieu l'accouchement sera plus reculé, et qu'il n'aura aucune donnée sur son travail. Toutefois la tuméfaction et l'infiltration séreuse ou sanguine serviront à faire connaître la position du fœtus, et les diverses manœuvres qu'on aurait employées pour faciliter son expulsion de l'utérus. Si l'apoplexie a causé sa mort, sa peau aura une couleur livide violacée; la face sera tuméfiée, rarement ecchymosée; le cerveau sera engorgé de sang, et les ventricules du cœur seront distendus par le même liquide. Si sa mort est due à la sortie prématurée du placenta, à la rupture ou à la pression du cordon ombilical, le corps sera pâle, et les vaisseaux contiendront peu de sang.

3.° *L'enfant a-t-il vécu après sa naissance ?* Nous ne combattrons pas les différens moyens que de célèbres médecins ont proposés pour résoudre cette question; nous nous attacherons principalement à rapporter les méthodes connues qui sont et qui doivent être mises en usage. Quoi qu'il en soit, nous ne passerons pas sous silence les procédés pour lesquels on a porté le plus d'attention dans les écoles. *Daniel* a imaginé de mesurer la circonférence du thorax avec un fil, et de la comparer à la hauteur de la portion dorsale des vertèbres, en observant la distance du sternum à ces mêmes vertèbres, parce que, a-t-il dit, l'inspiration ne peut avoir lieu sans la dilatation du thorax, l'élévation du sternum, et le redressement des côtes. Il a aussi imaginé de peser successivement les poumons dans l'air et dans l'eau, et de considérer l'élévation et le déplacement de l'eau dans le vase où l'expérience aurait été faite. La méthode de *Plouquet* consiste à déterminer, le plus scrupuleusement possible, la convexité du diaphragme, et d'observer, à l'aide d'un fil à plomb, à quelle côte correspond le centre aponévrotique du diaphragme. Ainsi, a-t-il dit, chez un enfant qui n'a pas respiré, il correspondra à la cinquième côte, et chez celui qui aura respiré, à la sixième. D'autres auteurs ont prétendu qu'on pouvait tirer un grand parti de l'état des canaux artériel et veineux, et même du cordon ombilical. Quelques-uns ont dit que, si la vessie était remplie d'urine, et que le méconium ne fût pas rendu, cela suffirait pour prouver que l'enfant n'aurait pas respiré. Ce caractère n'est qu'incomplet. Nous ne doutons pas que, si l'on avait des tables de comparaison, et en assez grande quantité, les moyens de *Daniel* et de *Plouquet* ne fussent praticables. On les enseigne dans les écoles, en recommandant de n'y attacher qu'une valeur relative. Lorsqu'il s'agit de la vie et de l'honneur des hommes, on doit éloigner toutes suppositions, et n'appuyer une décision que sur des preuves positives et incontestables, et que chacun puisse facilement répéter.

Il s'agit de prouver si l'enfant est mort après l'accouchement. Si un enfant est mort après l'accouchement, il est évident qu'il a joui de la vie extra-utérine. Si l'on prouve qu'il a respiré, on sera encore

plus fondé à croire qu'il a vécu. Pour cela, on examine les organes de la respiration et de la circulation. Ce procédé n'a pas échappé à *Galien*. *Thomas Bartholin*, et *Jean Swammerdam* firent, en l'année 1664, de nombreuses expériences sur la docimasie pulmonaire. Ce fut en 1682 qu'on l'appliqua, pour la première fois, à la médecine légale dans la question de l'infanticide. Ce fut *Schreber* qui fit le premier cette application. Elle a été observée successivement par la plupart des médecins. *Hebenstreit* fut un des premiers à douter de sa certitude, et des conséquences qu'on en déduisait. Par les conclusions que nous allons en tirer on verra jusqu'à quel point le doute d'*Hebenstreit* peut être légitime. Il est de fait que, si l'on examinait les rapports qui pèchent essentiellement contre la méthode que nous allons indiquer, on frémirait en considérant leur inexactitude.

On est convenu d'appeler *docimasie pulmonaire* l'épreuve que l'on fait sur les poumons pour s'assurer si un enfant a respiré. Voici comme on procède le plus exactement à cette opération : on détache ensemble le cœur et les poumons, on les met dans un vase (M. *Fodéré* conseille de les laver dans une lessive alcaline avant de procéder à leur immersion) contenant environ un pied d'eau claire à la température de 10 à 15 degrés. Si les poumons surnagent avec le cœur, à plus forte raison ils surnageront sans cet organe. Si, au contraire, ils ne surnagent pas, on détache le cœur, et on fait l'expérience sans ce viscère. S'il n'y a pas encore de supernatation, on agit séparément avec chaque poumon ; si le résultat n'est pas plus satisfaisant, on divise chaque poumon en plusieurs parties, et l'on fait l'épreuve avec chacune de ces parties. Après avoir examiné les poumons, et les avoir vus surnager, ou une division de l'un d'eux, on est certain (jusqu'à un certain point, comme nous le dirons bientôt) que l'enfant a respiré ; mais cela ne prouve pas qu'il ne soit pas mort avant de naître. Il est à peu près certain que l'enfant peut respirer lorsque l'orifice de l'utérus est ouvert, et surtout lorsqu'il présente la bouche à cet orifice. *Oberkamp*, *Haller*, *Morgagni*, *Plouquet*, *Buffon*, *Leroux*, *Sabatier* et *Baudelocque* avouent chacun, par des observations qui leur sont propres,

que l'enfant peut respirer quelquefois avant d'être sorti entièrement de l'utérus. M. *Béclard* a ouvert des femelles pleines ; après avoir examiné les membranes, il s'est assuré que l'air n'y entrait point, et cependant il a vu les petits contenus dans leur intérieur exécuter des mouvemens respiratoires, consistant dans l'ouverture des narines et l'élévation des parois du thorax ; et ces mêmes mouvemens devenir plus étendus, plus rapprochés à mesure que, par le resserrement progressif de l'utérus, la circulation entre la mère et le fœtus devenait plus imparfaite.

Nous avons répété, à deux reprises différentes, et avec le plus grand soin, les expériences de M. le professeur *Béclard*, et nous avons toujours cru nous apercevoir que les mouvemens auxquels se livraient les petits des mères sur lesquelles nous opérions étaient moins dus à l'élévation et à l'abaissement de la poitrine qu'à la gêne qu'ils semblaient éprouver par la moindre quantité de sang qu'ils recevaient, déterminée sans doute par celui que l'opération avait fait perdre à la mère, et par les douleurs que celle-ci éprouvait. Quoi qu'il en soit, des observations authentiques prouvent que, la tête de l'enfant seulement hors de la vulve, celui-ci peut respirer ; on en a même entendu crier. On a vu aussi la respiration s'effectuer chez des enfans dont toutes les parties étaient sorties, excepté la tête. Nous pensons que l'air se trouve alors introduit en détachant la tête. Peut-on après cela se refuser d'admettre que l'enfant peut respirer avant d'être expulsé, et mourir pendant l'accouchement ? Les poumons d'un enfant peuvent surnager, quoique celui-ci n'ait pas respiré. Trois circonstances peuvent déterminer la supernatation : 1.° l'insufflation, 2.° la putréfaction, 3.° l'emphysème. Lorsqu'on insuffle des poumons, non-seulement on peut les rendre plus légers, mais encore simuler les autres phénomènes de la respiration, à l'exception de l'augmentation du poids, qui reste le même. L'insufflation se pratique quelquefois dans l'asphyxie des nouveau-nés. Il y aurait des moyens d'indiquer si un enfant à respiré, ou si l'on a insufflé de l'air dans ses poumons. Ces moyens consisteraient à déterminer la quantité de sang qu'il y aurait

dans les poumons d'un enfant qui n'aurait pas respiré, et dans les poumons d'un autre qui aurait respiré. Chez celui qui n'aurait pas respiré, l'insufflation ne pourrait faire venir une plus grande quantité de sang; et si l'on pesait les poumons dans cet état, on pourrait avoir la différence. Ce qu'il faut remarquer, c'est que la compression ne peut chasser l'air introduit par l'insufflation, de même que celui introduit par l'acte de la respiration. C'est bien ici où la méthode de *Plouquet* pourrait être d'une grande utilité. Voici, au sujet de cette méthode, ce que M. *Lecieux* rapporte : » Quatre cents expériences « ont été faites avec le plus grand soin à la Maternité. Il suffira de « jeter un coup-d'œil sur ces tables pour reconnaître que, dans des « enfans du même âge, et dans la même circonstance, les poumons « présententde grandes différences dans leur poids et leur coloration. « Non-seulement les poumons diffèrent aux diverses époques de la « grossesse, mais encore dans chaque individu, suivant sa constitu- « tion et au grand nombre de circonstances particulières. On ne peut « donc point établir un jugement aussi solide sur des bases aussi « variables. » 2.° Si l'on sépare les poumons d'un enfant né mort, et si on les fait pourrir dans l'eau, on verra qu'après le septième ou onzième jour, ils gagnent la surface du liquide, et y restent jusqu'au vingtième ou vingt-cinquième jour; qu'ensuite ils se précipitent pour ne plus reparaître. La putréfaction est beaucoup plus lente, si l'enfant n'a pas été ouvert, et que les poumons n'aient pas été détachés. Dans ce cas, les gaz qui les rendent plus légers que l'eau sont contenus dans le tissu lamineux interlobulaire, et non dans les cellules bronchiques. Aussi, par la compression, on parvient à chasser ces gaz, et les poumons tombent au fond de l'eau. Ce phénomène a constamment lieu. Le thymus et la vessie surnagent aussi quelquefois lorsqu'ils sont en putréfaction; d'autres fois ils viennent à la surface du liquide, et retombent aussitôt. 3.° Il y a emphysème des poumons dans l'accouchement par les pieds, si le bassin de la mère est mal conformé; le thorax étant très-comprimé, les poumons sont contus, et il y a épanchement de sang; l'enfant vient au monde mort; les poumons sur-

nagent, et ils ne sont cependant ni pourris, ni insufflés. Cela tient à la putréfaction du sang épanché, qui dégage des gaz qui pénètrent dans les cellules du tissu lamineux; on les expulse par la compression. L'épreuve pulmonaire peut faire voir qu'un enfant n'a pas respiré quoiqu'il ait vécu après sa naissance. Il y a des enfans qui, après leur naissance, restent assez long-temps sans respirer; quelquefois, en insufflant de l'air dans leurs poumons, on parvient à les faire sortir de cet état. *Baudelocque* a vu un enfant dont une portion de l'un et de l'autre poumon, quoique très saine, après six mois de vie, n'était pas encore pénétrée par l'air, tandis que le reste de l'organe offrait beaucoup de tubercules dont plusieurs étaient en suppuration. M. le professeur *Boyer* a également vu les poumons d'un enfant, qui avait vécu vingt-un jours, denses, compactes et noirâtres à la partie postérieure. Un enfant peut aussi, en naissant, tomber dans l'eau et n'être qu'asphyxié. Il est évident qu'il n'aura pas respiré, et cependant il aura vécu, la circulation se sera faite dans l'eau comme dans l'utérus au moyen du trou de *Botal* et des canaux artériel et veineux. *Buffon* a fait, à cet égard, sur des animaux, des expériences qui sont très-curieuses.

Toutefois voici ce que l'on remarque encore chez des enfans qui n'ont pas respiré. Les poumons ont peu de volume, sont d'un rouge brun, accolés aux parties latérales de la colonne vertébrale, ne couvrent jamais ou presque jamais le péricarde, ne sont point crépitans; les vaisseaux pulmonaires contiennent bien moins de sang: aussi les poumons sont-ils moins pesans qu'ils doivent l'être par la suite. Le diaphragme est fortement refoulé en haut; le thorax est peu voûté; les canaux artériel et veineux, et le trou de *Botal*, sont ouverts. Si l'enfant a respiré, on trouve, au contraire, les poumons d une couleur rose; le thorax est dilaté, voûté; la position des poumons varie; le diaphragme est refoulé en bas; les canaux artériel et veineux, et le trou de *Botal* plus petits ou bouchés; la vessie, le rectum vides ou presque vides. On peut croire que la respiration a eu lieu, si le thorax est voûté, dilaté; cependant sa voussure et son ampleur doivent être

seulement considérées comme des signes accessoires. La situation et le volume des poumons ne sont pas les mêmes chez l'enfant qui a vécu et chez celui qui est mort. Si la respiration a été prolongée un certain temps et librement, les poumons recouvrent presque entièrement le péricarde. *Smith* a vu cependant un enfant qui n'avait pas respiré, et dont toute la cavité thoracique était remplie par les poumons. On ne peut également considérer la couleur des poumons que comme *un signe accessoire* : elle change quelquefois à l'ouverture du corps. On a vu des enfans qui n'avaient pas respiré avoir des poumons roses, et d'autres qui avaient respiré les avoir d'un rouge brun. Dans la plupart des cas, le contraire a lieu.

De ce que nous venons de dire on peut conclure, 1.° si les poumons surnagent, et si les canaux artériel et veineux, ainsi que le trou de *Botal*, se trouvent obstrués; si le cordon ombical est détaché, ou près de se détacher, que l'enfant a vécu et respiré; 2.° si l'on ne trouve pas les canaux artériel et veineux, et le trou de *Botal* obstrués, ni l'état du cordon tel que nous venons de le dire; que cependant le thorax soit voûté, et que les poumons surnagent; qu'ils recouvrent le péricarde en totalité ou en partie; s'ils sont d'une couleur rouge pâle, et si le diaphragme est refoulé en bas, on peut conclure que le fœtus à terme a respiré, ou que les poumons sont insufflés ou pourris; mais ce dernier état sera facile à distinguer. Il restera alors à opter entre la respiration et l'insufflation. « *Eschenbach* et quelques médecins et « jurisconsultes pensent que la supposition de l'insufflation est inad- « missible : il ne leur paraît pas vraisemblable qu'une femme qui ac- « couche clandestinement, et qui veut se défaire de son enfant, « cherche à le ranimer en insufflant de l'air dans ses poumons, ainsi « que cela se pratique comme nous l'avons déjà dit. » Nous nous rangeons de cet avis, en admettant toutefois avec *Morgagni* le cas où quelqu'un, après s'être procuré l'enfant mort-né, soufflerait de l'air dans les poumons de celui-ci dans l'intention de perdre une mère innocente, en la faisant soupçonner d'infanticide. 3.° En supposant qu'on soit certain que l'enfant ait respiré, on ne peut conclure qu'il a

vécu qu'autant qu'on est également certain qu'il n'est pas mort pendant l'accouchement. 4.° Si les poumons se précipitent au fond de l'eau, on ne peut pas conclure que l'enfant n'a pas respiré. On a l'exemple d'un enfant qui vécut cinq jours, et dont les poumons ne surnageaient pas, et n'avaient pas même changé de volume. Nous avons vu, en suivant les leçons de M. le professeur *Orfila*, les poumons d'un enfant qui avait vécu dix à douze heures, se précipiter au fond de l'eau. Ce ne fut qu'après les avoir séparés qu'on parvint à en faire surnager un. 5.° Que la méthode de *Plouquet* ne peut être employée à cause de son peu d'exactitude, et que celle de *Daniel* ne peut l'être à cause de sa complication.

Peut-on déterminer combien de temps un enfant a vécu, et depuis combien de temps il est mort? Il est difficile de déterminer d'une manière précise combien de temps un enfant a vécu. Si on trouve la peau rosée ou rougeâtre, onctueuse, enduite d'un vernis ; si le cordon ombilical est mou, spongieux, point détaché; si on ne reconnaît aucune auréole à sa base ; si l'estomac est vide, et si les intestins contiennent plus ou moins de méconium, on présumera que l'enfant aura peu vécu. On sera porté à croire, au contraire, que l'enfant aura vécu plusieurs jours, si l'on trouve la peau sèche, s'il n'y existe plus d'enduit, si l'épiderme s'enlève par petites écailles, si le cordon ombilical est sec, raccourci, détaché, ou près de se détacher ; s'il présente une auréole rouge à sa base, ou une cicatrice ; si l'on trouve dans l'estomac quelques matières alimentaires; si le méconium et l'urine sont expulsés. Pour décider depuis combien de temps un enfant est mort, il faut avoir égard à l'état de l'œil, à celui de la peau, à la rigidité cadavérique et à la putréfaction. 1.° Si l'œil est plein, brillant, injecté; si la peau est ferme, la membrane muqueuse pas encore décolorée, on peut soupçonner que la mort est récente. Dans la première période, après la mort, il y a encore chaleur; les muscles sont très-susceptibles d'être contractés par le fluide galvanique. Dans la deuxième période, la rigidité cadavérique a lieu,

et le même fluide n'a alors plus d'action sur les muscles. Dans la troisième période, la rigidité cesse, la putréfaction survient. Il faut, pour décider, d'après l'état de putréfaction, s'il y a long-temps que l'enfant est mort, avoir égard au lieu où a été trouvé cet enfant, et à la température de l'air. Ainsi la putréfaction se fera plus promptement dans un air humide que dans un air sec; elle aura plus tôt lieu dans l'air que dans l'eau, et dans l'eau que dans la terre. Ainsi, soient deux enfans également putréfiés, l'un trouvé à la surface de la terre, et l'autre dans des fosses d'aisance, on pourra dire qu'il y aura plus long-temps que ce dernier sera mort que le premier. Si l'enfant est en contact avec l'air parfaitement sec, il ne se putréfie pas, mais se dessèche. Les momies d'Egypte en sont un exemple. De même, si l'enfant se trouvait placé de manière à être privé d'air atmosphérique (ce qui n'est pas présumable), la putréfaction serait retardée. M. *Biot* a constaté cela par différentes expériences. Voici à peu près la marche que suit la putréfaction : d'abord ramollissement, changement de coloration commençant par l'abdomen. M. *Chaussier* a remarqué que chez les enfans qui ont pris de la nourriture, la paroi abdominale verdit plus tôt que chez ceux qui n'en ont pas pris. L'odeur infecte qui se dégage n'est pas toujours la même; elle varie suivant que la putréfaction est plus ou moins avancée. D'abord il se dégage du gaz hydrogène sulfuré, puis des gaz ammoniacaux. Dans la quatrième période, l'odeur ammoniacale disparaît pour être remplacée par celle du gaz hydrogène sulfuré. Il suinte aussi une matière de nature particulière. Enfin, dans la dernière période, il ne reste plus qu'un terreau épais. Lorsque la putréfaction a eu lieu dans l'eau, il ne se forme pas les mêmes produits; les gaz qui se dégagent résultent d'une combinaison d'acide oléique, d'acide margarique, d'ammoniac, de potasse et de chaux. M. *Chaussier* nomme *saponification* cet état où se trouve réduit le cadavre, qui met ordinairement deux mois à s'y transformer. Si l'enfant a été enterré, la putréfaction sera d'autant moins avancée que le terrain sera plus sec.

Cette question présente d'autant plus d'intérêt qu'elle peut faire

connaître si l'enfant trouvé mort appartient à la personne accusée, ou à faire rendre la liberté à celle qui serait poursuivie par une odieuse calomnie.

Il ne suffit pas, pour satisfaire à la justice, d'avoir constaté que l'enfant était viable, qu'il a respiré, le temps qu'il a vécu, et depuis combien de temps il est mort; il faut encore faire connaître à quoi peut être attribuée sa mort, et le rapport qu'il peut y avoir entre l'enfant et la personne accusée. La mort peut être la suite immédiate et nécessaire du travail de l'accouchement, d'une disposition congénitale, ou peut être imputée à quelque négligence ou à un acte de violence.

Quelle est la cause de la mort de l'enfant pendant ou après l'accouchement? Dans les recherches des causes qui ont pu déterminer la mort de l'enfant, l'expert commis par la justice devra toujours pencher en faveur de l'accusée lorsqu'il aura quelque doute sur l'existence du fait. Il vaut encore mieux que le crime demeure impuni que de frapper l'innocence. Il est d'ailleurs si difficile de croire à la possibilité d'un crime si atroce, l'un de ceux qui répugnent le plus à la nature, et dont on trouve même si peu d'exemples parmi les animaux les plus carnassiers! Ces animaux, dis-je, loin de faire périr leurs petits, en ont un soin tout particulier, et s'exposent continuellement aux plus grands dangers pour leur procurer l'existence. Il a bien existé des peuples, et il en existe encore, empreints d'un fanatisme tout particulier. Ces malheureux ont la cruauté et la barbarie de mettre à mort leurs enfans, soit au moment de la naissance, soit plus tard. Il est vrai de dire aussi que ces mêmes enfans ne craignent pas de mettre eux-mêmes le feu au bûcher qui doit arracher la vie à celle qui leur a donné le jour. Mais, de quelque manière que la superstition ait fait agir les Spartiates et les Romains, et qu'elle fasse agir maintenant les Chinois et les Indous, en France, quelque faible et contrefait que soit l'enfant qui naît, on punit celui qui a osé attenter à ses jours.

Nous avons déjà remarqué qu'un enfant peut périr dans le travail

de l'accouchement ou peu de temps après sa naissance, surtout si l'accouchement a été laborieux et que le bassin de la mère fût mal conformé. On pourra distinguer ces circonstances, et il restera toujours sur le corps de l'enfant des vestiges propres à faire reconnaître le mode et la nature de l'accouchement.

Nous allons maintenant, en suivant la distinction des médecins légistes, diviser les modes d'infanticide en causes *par omission*, et causes *par commission*. On range parmi les causes par omission les soins et les secours qu'on a négligé de donner à l'enfant pour assurer son existence. Les causes par commission sont toutes les violences exercées pour déterminer la mort de l'enfant. Le premier cas renferme quatre chefs principaux : 1.° la température de l'air, 2.° l'inanition, 3.° l'asphyxie, 4.° l'hémorrhagie du cordon. Il est certain que l'enfant peut périr s'il est exposé à une température trop chaude ou trop froide. Celle dans laquelle il se trouvait dans le sein de sa mère était de 32 degrés, celle à laquelle il est exposé immédiatement après sa naissance est de 15 à 18 degrés (thermomètre de *Réaumur*), ce qui fait une grande différence pour un changement aussi subit. On pourrait peut-être faire rentrer ce cas parmi les causes par commission ; car il est bien rare qu'une femme ne sache pas que la chaleur trop considérable et le froid trop intense peuvent faire périr son enfant. 2.° L'enfant peut périr d'inanition. Au bout de vingt-quatre heures, il commence à souffrir la faim, et meurt si l'on est deux ou trois jours sans lui donner de nourriture. 3.° L'asphyxie peut être regardée comme une cause fréquente de la mort des enfans, soit qu'on ait négligé d'insuffler de l'air dans ses poumons, d'extraire les mucosités glaireuses qui se trouvent quelquefois dans sa bouche, de laisser saigner assez le cordon, et enfin par la position qu'on aura donnée à la tête et surtout à la bouche de l'enfant. 4.° L'hémorrhagie du cordon ombilical. Lorsque le placenta n'est pas expulsé, et que le cordon n'est pas coupé, on remarque des pulsations assez régulières, qui peu à peu deviennent irrégulières, et cessent enfin. Elles deviennent d'abord moins sensibles du côté du placenta, et disparaissent en dernier lieu

du côté de l'ombilic. Si on coupe le cordon lorsque les battemens se font encore sentir près du placenta, l'hémorrhagie est assez forte ; mais si, au contraire, les battemens ont presque cessé du côté de l'ombilic, l'hémorrhagie n'est pas aussi considérable. Ceci posé, l'hémorrhagie peut-elle déterminer la mort de l'enfant, soit que le cordon ombilical ait été coupé, soit qu'il ait été rompu? Les opinions sont partagées. *Hippocrate*, *Galien*, *Avicennes* ont considéré cette opération comme indispensable ; les peuples même les moins civilisés la pratiquent. Tels sont les Kantchadales et les Karagaises. Nous citerons en opposition plusieurs auteurs modernes très-recommandables ; tels sont *Michel Alberti*, *Schaël*, à Gottingue, *Jean Fantoni*. *Jean-Henri Schulzius* prouve, dans une dissertation ayant pour titre, *an ombilici deligatio in nuper natis absolutè necessaria sit*, que l'omission de la ligature du cordon ne saurait être suivie d'une hémorrhagie assez considérable pour devenir funeste à un enfant bien portant, et qu'en conséquence on ne devait pas regarder cette omission comme cause de mort absolue. *Girard* de Lyon et *Mahon* admettent des cas où la non-ligature ne peut pas causer la mort ; mais ils n'en font pas une règle générale.

M. *Capuron* prétend que la seule omission de la ligature du cordon ombilical, indépendamment de toute autre cause, ne serait pas suffisante pour déterminer la mort du nouveau-né. Pour nous, nous pensons qu'il est nécessaire de pratiquer la ligature. Lorsqu'on a coupé le cordon, le sang peut ne pas sortir, parce que, la respiration ayant lieu, il s'effectue un autre mode de respiration : mais si, par une cause quelconque, la respiration s'arrête, l'hémorrhagie peut arriver. Il est vrai de dire qu'il y a beaucoup d'enfans qui vivent sans que le cordon ait été lié ; mais il y en a beaucoup aussi qui sont morts faute de cette ligature. Il ne faut pas toutefois que la ligature détermine les médecins à décider qu'il n'y a pas eu d'infanticide ; car la ruse peut suggérer à une femme d'en faire la ligature, bien que l'hémorrhagie ait eu lieu. *Rose* semble admettre que les enfans faibles ne mourraient pas d'hémorrhagie par la non-ligature

du cordon ; que les enfans vigoureux y seraient seuls exposés. Mais il est prouvé que les enfans faibles ou forts sont également exposés à mourir d'hémorrhagie. L'hémorrhagie sera aussi d'autant plus dangereuse que le cordon aura été coupé plus près de l'ombilic. Elle sera également plus à craindre lorsque le cordon aura été coupé, que lorsqu'il aura été rompu Il y a même des auteurs qui pensent que, s'il y a hémorrhagie dans ce dernier cas, elle ne peut être mortelle. Enfin, lorsque l'on trouve tous les signes de la mort par l'hémorrhagie, et que le cordon n'a pas été lié, on ne doit affirmer que l'enfant est mort par suite de cette négligence qu'autant qu'on est convaincu que la perte de sang n'a pas été occasionnée par une autre cause que par le défaut de ligature du cordon. Y a-t-il des circonstances dans lesquelles l'omission de la ligature du cordon ayant eu lieu on ne puisse affir- que cette omission est la cause de la mort ? Il est possible qu'on ne fasse pas la ligature du cordon, et qu'on ait placé un bandage pour empêcher l'hémorrhagie d'avoir lieu, et l'enfant meurt d'une autre cause. Il peut de même arriver que l'on n'ait pas eu le temps de lier le cordon parce que l'enfant est mort auparavant. Pendant l'accouchement, le décollement subit du placenta peut avoir lieu, et le cordon se rompt; l'hémorrhagie est alors considérable, l'enfant meurt, et cependant il a respiré au passage. Alors il arrive que les poumons surnagent; la mort a été la suite de l'hémorrhagie, et l'on peut croire que l'infanticide a été commis.

Peut-on reconnaître que l'enfant est mort d'hémorrhagie ? Lorsqu'un enfant est mort d'hémorrhagie, les vaisseaux, les oreillettes, et les ventricules du cœur ne renferment point de sang, ou du moins très-peu ; les muscles, les viscères sont pâles et décolorés ; la peau surtout présente ce phénomène.

Nous voici arrivé à cette énumération pénible et affligeante des moyens qui ont été suggérés par la barbarie pour faire périr impitoyablement un enfant. En exhumant des greffes des tribunaux les causes qui ont produit l'infanticide par commission, on trouve que la mort

d'un enfant a été due, tantôt à un fer aigu introduit dans le vagin avant l'accouchement pour le faire périr avant qu'il respirât; tantôt à l'acupuncture, dans les narines, dans le rectum, dans l'encéphale: tantôt la tête, la poitrine, l'abdomen et tout le corps sont écrasés par une forte compression; tantôt les narines et la bouche sont tellement bouchées avec de la terre, de la cendre, de la paille, du linge, des plumes ou des matières stercorales, que l'enfant périt asphyxié; tantôt c'est en comprimant son cou; tantôt en le surchargeant de hardes. Tantôt sa mort est due à la luxation des vertèbres cervicales, déterminée par la torsion du cou; tantôt c'est en l'enfouissant vivant; tantôt en le noyant; tantôt en le jetant dans les cloaques; tantôt en lui faisant respirer la vapeur du soufre ou de quelque autre gaz délétère. Il y a même des femmes qui ont poussé la cruauté jusqu'à couper leurs enfans par morceaux, ou à les brûler pour en faire disparaître jusqu'aux moindres vestiges. Peut-être existe-t-il encore d'autres raffinemens de ce crime: ils nous sont inconnus.

S'il fallait entrer dans des détails pour faire reconnaître ces différens genres de mort, cela nous conduirait extrêmement loin, et nous outre-passerions la tâche que nous nous sommes imposée. Ces renseignemens, à la vérité, ne seraient pas déplacés ici; mais, comme nous l'avons dit plus haut, nous supposons le médecin instruit et capable de se conduire sans mentor. D'un autre côté, et le choix que l'autorité devra faire pour la découverte d'un acte qui doit établir ou détruire la réalité d'une accusation aussi terrible, tombera nécessairement sur l'homme reconnu pour exercer son art avec le plus de distinction.

Toutefois nous ne pouvons nous empêcher de recommander la plus scrupuleuse attention, soit en faisant l'inspection extérieure du cadavre, soit après en avoir fait l'ouverture. Surtout de n'oublier jamais de rendre compte de l'état des viscères contenus dans chacune des trois cavités splanchniques. L'omission de l'une d'elles suffirait peut-être pour faire frapper de nullité un rapport. On devra donc procéder par voie d'analyse, afin de déterminer avec précision le

nombre, la valeur et le degré d'influence des causes qui ont produit la mort.

Nous ajouterons cependant que, parmi les causes ci-dessus énoncées, la torréfaction d'un enfant vivant pourrait être reconnue, s'il échappait aux flammes quelques parties, et que l'on trouvât des phlyctènes sur ces parties.

Lorsque la torréfaction a lieu après la mort, on ne trouve jamais de phlyctènes. Si les poumons n'étaient pas consumés, on pratiquerait aussi la docimasie pulmonaire. Lorsque la mort est due à l'asphyxie par les gaz acides sulfureux, comme *Alberti* l'a rencontrée, les poumons sont livides. M. le professeur *Hallé*, qui a répété ces expériences sur des animaux, atteste qu'effectivement la suffocation par cette espèce de gaz produit la couleur livide des viscères de la poitrine.

Examen de quelques cas dans lesquels la mère ne peut pas être accusée d'avoir tué son enfant.

1°. Si l'enfant meurt d'une hémorrhagie qui a en même temps compromis les jours de la mère de manière que celle-ci se trouvât dans l'impossibilité de lui donner aucun soin. 2°. S'il y a syncope, ce qui arrive surtout chez les primipares. 3°. Si l'épuisement d'un enfant par suite d'une hémorrhagie intra-utérine est telle, qu'on le croit mort et qu'on néglige de lier le cordon. 4°. Si la mère a ignoré sa grossesse, ayant conçu dans un état de narcotisme et de sommeil léthargique, ou parce qu'elle est idiote. On doit se tenir en garde sur une déclaration de cette nature. Plusieurs objections se présentent naturellement à l'esprit. Il est bien difficile, pour ne pas dire impossible, de cohabiter avec une primipare sans que celle-ci ne soit réveillée par l'action du coït : si la chose cependant avait lieu, on pourrait peut-être admettre que les mouvemens du fœtus se seraient présentés à son esprit d'une manière si confuse, qu'elle n'eût pu s'en rendre compte, ignorant les antécédens. Nous pensons avec plusieurs auteurs qu'il n'en serait pas de même d'une femme qui aurait déjà eu d'autres enfans.

L'excuse ne serait pas valable. 5°. Si l'accouchement est très-prompt, et que l'enfant soit lancé avec plus ou moins de force contre un corps plus ou moins dur. M. *Chaussier* a fait, à ce sujet, à l'hospice de la Maternité, sur des enfans morts, beaucoup d'expériences qui ne laissent rien à désirer. (Voir la thèse de M. *Lecieux*.) 6°. S'il y a déchirure du cordon ombilical. Il ne faut cependant pas admettre aussi facilement qu'on pourrait le croire la déchirure de ce cordon; il faut encore une certaine force pour le rompre; les expériences de M. *Chaussier* le prouvent assez. Il sera toujours facile de reconnaître si le cordon a été coupé ou s'il a été rompu; les bouts sont lisses, s'il a été coupé, tandis qu'ils sont inégaux et présentent des lambeaux, s'il a été rompu. 7°. Si l'enfant a été étranglé par l'entortillement du cordon ombilical autour du cou. Dans ce cas, l'enfant ne meurt pas seulement par défaut d'air, mais encore par l'empêchement de la circulation dans les vaisseaux ombilicaux du cou. 8°. Lorsqu'il y a congestion célébrale. 9°. Lorsqu'il y a fracture avec épanchement sanguin, et qu'on prouve que la chute de l'enfant a été accidentelle. 10°. S'il y occlusion précoce du trou de *Botal*. On peut encore avec *Smellie*, *Mauriceau* et *Baudelocque*, considérer les nœuds du cordon ombilical, comme une disposition très-fâcheuse, à laquelle on peut imputer la mort de l'enfant.

Existe-t-il quelque rapport entre l'enfant trouvé mort et la personne accusée? Les faits qui peuvent se rapporter à cette question exigent une distinction sévère, et provoquent la sagacité du médecin. Quand un état semblable à celui de la grossesse a disparu chez une fille ou chez une femme, et que, d'un autre côté, un enfant nouveau-né a été trouvé mort, la justice ordonne une enquête dont l'objet est de déterminer s'il y a eu accouchement chez la personne soupçonnée, et si l'enfant qu'on a trouvé peut lui appartenir. Pour décider cette question plus sûrement, il est essentiel que les perquisitions soient faites les premiers jours qui suivent l'accouchement. Plus l'intervalle sera long, plus il deviendra difficile au médecin de porter un jugement. Plusieurs accoucheurs prétendent que, dans la plupart des cas, on

peut reconnaître au quinzième et au vingtième jour que l'accouchement a eu lieu, et conseillent même de faire la visite jusqu'au trentième jour. Nous avons dit plus haut à quel caractère on peut reconnaître depuis combien de temps un enfant est mort; nous n'y reviendrons pas. Maintenant nous allons nous occuper de faire reconnaître quelles sont les suites de l'accouchement naturel.

Aussitôt après l'accouchement, la mère se plaint d'un sentiment de douleur et de lassitude, et s'endort quelquefois sur le lit de travail. Le visage est moins coloré, l'œil moins vif, la voix moins sonore, le pouls moins fort et moins fréquent; le bas-ventre, l'utérus et la vulve ont plus de sensibilité; quelquefois elle éprouve un frissonnement général; l'état de faiblesse et de prostration n'est que momentané; la chaleur se ranime. Le pouls devient plus fréquent; une légère sueur se répand sur tout le corps, et la femme ne tarde pas à se trouver beaucoup mieux. Aussitôt que l'utérus est débarrassé du produit de la conception, il revient sur lui-même, et reste encore quelque temps avant d'être parvenu à sa grosseur naturelle. Peu de temps après la délivrance, il s'écoule par la vulve un sang pur qui s'échappe par les extrémités encore béantes des sinus utérins. Au bout de quelque temps il ne sort plus que des caillots noirâtres. Après les premières vingt-quatre heures, il ne s'écoule qu'une sérosité roussâtre, d'une apparence puriforme; cet écoulement devient blanchâtre, et acquiert une odeur *sui generis*, à laquelle on ne peut se tromper; elle forme sur le linge des taches semblables à celles que ferait le lait. Ce sont ces divers écoulemens auxquels on a donné le nom de *lochies*, divisées en sanguines, en séreuses et en puriformes. Les premières existent pendant vingt-quatre heures, les secondes pendant trente-six ou quarante-huit heures, et les dernières pendant quinze ou vingt jours, quelquefois au-delà de six semaines : il est à cette époque très-difficile de les distinguer d'avec la leucorrhé. L'allaitement diminue l'abondance et la durée des lochies. Le tempérament, l'âge et la manière de vivre de la femme, le régime qu'elle suit dans ses couches, la saison, le climat, les affections morales, l'état habituel

de la menstruation sont autant de circonstances capables de faire varier cette sécrétion.

On a donné le nom de tranchées utérines à des douleurs occasionnées par de nouveaux efforts et de nouvelles contractions pour expulser des caillots de sang d'un volume excessif, qui se forment dans la cavité de l'utérus après l'accouchement. On observe ces tranchées plus tôt ou plus tard, mais toujours dans les premières vingt-quatre heures. Les primipares sont moins sujettes aux tranchées utérines que les femmes qui ont eu plusieurs enfans. Vers le quatrième jour, après l'accouchement, les lochies séreuses cessent; il se fait alors une espèce de révolution chez la femme, à laquelle on a donné le nom de *fièvre de lait*; la peau devient sèche; la femme éprouve un sentiment de malaise, et quelquefois des frissons. Peu de temps après, les mamelles se gonflent, se tendent et deviennent douloureuses; les lochies se suppriment peu à peu, le visage se colore, les yeux étincellent, la respiration se presse, et le pouls s'accélère. Quelquefois il y a céphalalgie sus-orbitaire, constipation, et le gonflement des mamelles s'étend jusqu'aux clavicules et aux aisselles: dans cet état, la femme ne peut approcher que très-difficilement les bras de son corps sans souffrir. Cet état ne persiste pas long-temps: le relâchement des parois abdominales, et les rides ouvergetures qui sillonnent sa surface, l'écartement des muscles droits peuvent être aussi considérés comme autant de suites de l'accouchement naturel.

On trouve aux parties externes de la génération, les premiers jours qui suivent l'accouchement, les grandes lèvres rouges et boursoufflées, très-sensibles et toujours très-dilatées et très-ouvertes; la fourchette n'existe plus; le vagin est dans un état de mollesse et de relâchement. On sent, au-dessus du corps du pubis, le haut de l'utérus qui est arrondi, égal, et assez dur. C'est de la réunion de tous ces signes qu'on peut décider qu'il y a eu accouchement. Souvent chacun d'eux, en particulier, ne pourrait suffire, puisqu'on peut les rencontrer après une maladie.

Nous avons envisagé ce sujet sous le double rapport de la mère et de l'enfant, et nous nous sommes borné à rapporter les faits tels qu'ils

ont été considérés par les meilleurs auteurs, en évitant toute espèce de commentaire. Sommes-nous arrivé au but que nous nous étions proposé d'atteindre? Pouvons-nous nous flatter d'avoir réuni tous les élémens propres à résoudre la grande question qui nous a occupé?

Avant de terminer, qu'il nous soit permis de dire quelque chose sur l'état de la France, et principalement de sa capitale avant l'établissement de l'hospice des Enfans-trouvés, et de celui de la Maternité, et de proposer une amélioration que l'état social dans lequel nous vivons reclame du gouvernement.

En remontant aux règnes precédens de nos rois, on trouve trois ordonnances terribles; l'une de Henri II, en 1556; une autre de Charles IX, en 1560; et une troisième de Henri III, en 1587. La première de ces ordonnances porte que « toute femme serait tenue d'avoir homicidé son enfant, et, pour réparation publique, punie de mort et du dernier supplice, si elle était atteinte et convaincue d'avoir célé, couvert et occulté tant sa grossesse qu'enfantement, sans avoir déclaré l'un et l'autre; et si l'enfant se trouvait avoir été privé, tant du saint-sacrement de baptême que de la sépulture publique. » L'ordonnance de Henri III n'est que la confirmation de celle de Henri II, en enjoignant toutefois à tous curés de publier le contenu de ladite ordonnance à leurs prônes et messes paroissiales, de trois mois en trois mois. L'ordonnance de Charles IX porte en substance : « Seront punis de mort, sans espérance de grâce et pardon, ceux qui se trouveront avoir suborné fils ou filles, mineurs de vingt-cinq ans, sous prétexte de mariage, ou autre couleur, sans le gré, vouloir et consentement exprès des pères, mères et tuteurs, et seront punis extraordinairement tous ceux qui auront participé au rapt, et qui y auront prêté conseil, confort et aide. » On serait tenté de croire que de telles ordonnances devaient arrêter les progrès du libertinage, et prévenir le crime d'infanticide. A la vérité, ces ordonnances firent trembler dans les premiers momens; mais on finit par y faire peu d'attention. Dailleurs, ceux qui étaient chargés de leur exécution avaient des mœurs trop dépravées, et par conséquent avaient peu d'intérêt à les faire respecter et à agir avec

toute la sévérité nécessaire. La débauche fut donc en augmentant, et les malheureux enfans qui naissaient d'un tel commerce étaient mis à mort ou abandonnés dans des lieux écartés.

Saint Vincent-de-Paul, instituteur de la congrégation de Saint-Lazare, eut pitié de l'état déplorable dans lequel se trouvait plongée la société. Ce fut lui qui fonda, en 1633, l'établissement des Enfans-trouvés. Avant ce respectable philanthrope, les enfans abandonnés étaient dans la ville de Paris, comme dans tout le royaume, une des charges de la haute-justice des seigneurs, et l'on faisait le plus vil monopole des ces enfans.

L'idée de fonder un établissement non moins utile et philanthropique que celui des Enfans-trouvés était échappée à l'esprit pénétrant de Saint Vincent-de-Paul. La convention nationale conçut cette idée, et rendit un décret le 7 ventose an 2, par lequel elle allouait des bâtimens pour servir à recevoir les femmes enceintes, et ce fut le 25 messidor an 3 que cette institution, connue alors et depuis sous le nom d'*hospice de la Maternité*, fut mise en activité. Depuis l'établissement de cette maison, les infanticides ont été très-rares dans la ville de Paris; c'est ce qui me fait désirer qu'il soit établi dans chaque ville de province, si non une maison pour rececoir les femmes près d'accoucher, du moins un lieu où l'on puisse déposer les enfans en sûreté et en secret. Par ce moyen on conserverait la vie à un être qui souvent est voué à une mort certaine.

Il faut espérer que, dans notre gouvernement, où l'on s'attache à faire tourner toutes les institutions au profit de la société, de pareils établissemens ne peuvent manquer d'avoir lieu. Quelques villes jouissent déjà de cet avantage; le nombre, malheureusement, en est très-borné. Ces institutions existeraient sans doute dans un bien plus grand nombre de villes, si la plupart des administrateurs des hôpitaux, hommes plus adonnés à la religion, à la surveillance et à la comptabilité, qu'instruits des besoins, des dangers et des écueils de la société, ne s'opposaient à de pareils établissemens, qui ne peuvent, disent-ils, que favoriser le libertinage et la débauche, par la facilité qu'auraient les filles de se défaire de leurs enfans. Mais ces hommes

ne s'aperçoivent pas qu'ils n'évitent un danger que pour tomber dans un bien plus grand, et que, mal pour mal, il vaut encore mieux préserver du crime que de la débauche.

Paraître ce que dans le monde on appelle *honnête*, est pour la femme le premier besoin. Elle est capable des plus grands sacrifices pour conserver cette qualité. « Rousseau dit dans son Émile liv. 5e : « *Les vrais motifs d'honneur parleront toujours au cœur de toute* « *femme de jugement, qui saura trouver dans son état le bonheur de* « *la vie.* » Cependant un besoin plus grand encore, l'attrait du plaisir, peut-être la séduction, peuvent la conduire à la perte de cet honneur, pour elle si précieux; il n'existe plus à ses yeux, mais on l'ignore : si elle pouvait faire qu'on l'ignorât toujours! C'est la première pensée qui se présente à son esprit, c'est le but unique où tendront désormais tous ses vœux, et tous les moyens seront bons pour y parvenir. Dès ce moment la femme est susceptible des plus affreuses résolutions; et, pour tâcher de conserver aux yeux de la société le titre d'honnête femme qu'elle sait avoir perdu, elle se dépouille du caractère sacré de mère. Cependant, si, cette mère qui vient d'étouffer à sa naissance le fruit de ses entrailles, avait pu clandestinement le confier à des mains étrangères chargées de l'élever, il est plus que probable qu'elle n'aurait pas étouffé le cri de la nature, et qu'elle aurait saisi avec avidité un moyen qui tout à la fois lui épargnait une action horrible qui devait répugner à son cœur, la préservait de la vengeance terrible des lois, et lui conservait un enfant qui un jour pouvait être la consolation de sa vieillesse.

Il nous semble qu'il serait assez facile de préserver la société d'un crime dû plutôt à la sottise, à l'ignorance et aux préjugés, qu'à la perversité d'un sexe né sensible et compatissant. Nous croyons avoir indiqué les moyens qu'il conviendrait de mettre en usage, et nous formons des vœux bien sincères pour que l'autorité agisse de tous les moyens qui sont en son pouvoir pour conserver la vie à des enfans qui un jour peuvent devenir des hommes très-utiles à leur pays, et pour épargner en même temps des recherches qui répugnent toujours au médecin.

APHORISMI EX HIPPOCRATE EXCERPTI.

I.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experimentum fallax, judicium difficile. Oportet autem non modò se ipsum exhibere quæ oportet facientem, sed etiam ægrum, et præsentes, et externa. *Sect.* 1, *aph.* 1.

II.

Ubi somnus delirium sedat, bonum. *Sect.* 2, *aph.* 2.

III.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Ibid.*, *aph.* 3.

IV.

Lassitudines sponte obortæ morbos denuntiant. *Ibid.*, *aph.* 5.

V.

Famem vini potio solvit. *Ibid.*, *aph.* 21.

VI.

In omni morbo, mente valere, et benè se habere ad ea quæ offeruntur, bonum est; contrarium verò, malum. *Ibid.*, *aph.* 33.

VII.

Tabes maximè fit ætatibus ab anno octavo decimo usque ad quintum trigesimum. *Sect.* 5, *aph.* 9.

VIII.

Qui gibbi ex asthmate, aut tussi fiunt ante pubertatem, pereunt. *Sect.* 6, *aph.* 46.